Corte d'Appello di Trento
Sez. distaccata di Bolzano
N. 15/2011 Sent. L
N. 41/2010 Cont. L
N. 104 Cron.
N. // Rep.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte d'Appello di Trento

Sezione Distaccata di Bolzano

Sezione per le controversie di lavoro e previdenza

riunita in camera di consiglio nelle persone dei Signori Magistrati:

dott. Johann Pichler — Presidente

dott.ssa Isabella Martin — Consigliere

dott. Lukas Bonell — Consigliere estensore

ESENTE

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Oggetto:
altre controversie in materia di lavoro parasubordinato

nella causa civile di II° grado iscritta sub n. 41/2010 R.G.L. promossa

da

Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI, Sezione Provinciale di Bolzano, con sede in 39100 Bolzano, via Mareccio 3, (cod. fisc. 94089500212), in persona del legale rappresentante pro tempore, dott.ssa Susanna Hofmann, rappresentato e difeso dall'avv. Michele Menestrina, con domicilio in Bolzano, via Alto Adige n. 40, il tutto giusta delega a margine del ricorso in appello del 09.07.2010;

- appellante -

contro

F.I.M.M.G. – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (C.F. n. 008088720106), in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, Dott. Giacomo Milillo, con sede in Roma, Piazza G. Marconi n. 25, ed i Dottori **Luigi Rubino**, **Domenico Bossio** e **Peter Nikolaus Von Sontagh**, tutti rappresentati e difesi dall'Avv. Francesco Caroleo del Foro di Roma ed elettivamente domiciliati in Bolzano, Galleria Europa n. 26, presso lo Studio dell'Avvocato Kitty De Guelmi del Foro di Bolzano, giusta delega posta a margine della memoria difensiva con appello incidentale del 27.10.2010,

- appellata -

nonché contro

Provincia Autonoma di Bolzano (CF. e PI. 00390090215), in persona del suo Presidente e legale rappresentante *pro tempore*, dott. Luis Durnwalder, rappresentata e difesa dagli avv.ti Renate von Guggenberg, Laura Fadanelli, Stephan Beikircher e Jutta Segna tutti di Bolzano, con domicilio eletto presso la propria Avvocatura in Bolzano, via Crispi n. 3, giusta delega a margine del ricorso in appello del 08.07.2010

- appellata -

nonché contro

S.U.P. Sindacato Unico Provinciale in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bolzano, via Mareccio 3;

- appellato contumace -

alla quale è stata riunita la causa sub n. 42/2010 RGL promossa

da

Provincia Autonoma di Bolzano (CF. e PI. 00390090215) in persona del suo Presidente e legale rappresentante *pro tempore*, dott. Luis Durnwalder, rappresentata e difesa dagli avv.ti Renate von Guggenberg, Laura Fadanelli, Stephan Beikircher e Jutta Segna tutti di Bolzano, con domicilio eletto presso la propria Avvocatura in Bolzano, via Crispi n. 3, giusta delega a margine del ricorso in appello del 08.07.2010

- appellante -

contro

F.I.M.M.G. – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (C.F. n. 008088720106), in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, Dott. Giacomo Milillo, con sede in Roma, Piazza G. Marconi n. 25, ed i Dottori **Luigi Rubino**, **Domenico Bossio** e **Peter Nikolaus Von Sontagh**, tutti rappresentati e difesi dall'Avv. Francesco Caroleo del Foro di Roma ed elettivamente domiciliati in Bolzano, Galleria Europa n. 26, presso lo Studio dell'Avvocato Kitty De Guelmi del Foro di Bolzano, giusta delega posta a margine della memoria difensiva con appello incidentale del 27.10.2010,

- appellata -

nonché contro

Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI,

Sezione Provinciale di Bolzano, con sede in 39100 Bolzano, via Mareccio 3, (cod. fisc. 94089500212), in persona del legale rappresentante pro tempore, dott.ssa Susanna Hofmann, rappresentato e difeso dall'avv. Michele Menestrina, con domicilio in Bolzano, via Alto Adige n. 40, il tutto giusta delega a margine del ricorso in appello del 09.07.2010;

- appellato -

nonché contro

S.U.P. Sindacato Unico Provinciale in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bolzano, via Mareccio 3;

- appellato contumace -

Oggetto: Appello avverso sentenza del Giudice del Lavoro di Bolzano n. 203/2010 dd. 28.05.2010 – altre controversie in materia di lavoro parasubordinato -

Causa decisa all'udienza del 26.10.2011 con lettura del dispositivo di sentenza sulle seguenti

CONCLUSIONI

del procuratore della parte appellante nella causa sub RGL 41/10:

"Ogni contraria e diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa, voglia la Corte di appello adita, in riforma integrale della sentenza del Tribunale di Bolzano, Sezione Lavoro, n. 203/10 dd. 28.05.2010,

in via pregiudiziale:

- dichiarare il difetto di giurisdizione del giudice ordinario;

in via preliminare di rito:

- accertare il difetto delle condizioni dell'azione in capo sia all'organizzazione F.I.M.M.G., che ai medici ricorrenti;
- dichiarare la mancata integrazione del contraddittorio e la conseguente nullitá della sentenza con tutti i provvedimenti conseguenti;

nel merito:

- rigettare ogni domanda avanzata dai ricorrenti di primo grado, perché inammissibile e/o infondata in fatto ed in diritto,
- ed in via gradata nel caso in cui fosse accertato che le clausole relative al rapporto ottimale ed al numero massimale dell'A.C.P. in parola si pongano in contrasto con le relative clausole dell'A.C.N. attualmente in vigore, accertare ai sensi dell'art. 1419 c.c. la nullitá limitatamente a tali clausole e dichiarare che le stesse sono sostituite di diritto da quelle corrispondenti dell'A.C.N. in vigore;
- ed in via di ulteriore subordine: accertare e dichiarare che l'A.C.P. in parola ha i requisiti di sostanza e di forma di un contratto collettivo integrativo e che produce, pertanto gli effetti di un simile contratto.
- con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, oltre al

12,5% per spese generali, IVA e CAP come per legge".

dei procuratori di parte appellata F.I.M.M.G. nella causa sub RGL 41/10:

in integrale accoglimento delle deduzioni e delle argomentazioni esposte in narrativa ed ogni contraria istanza, eccezione, richiesta e domanda reietta:

A) In via processuale: accertare e dichiarare, per quanto di ragione, la inammissibilità e/o la improcedibilità delle eccezioni, delle domande e delle conclusioni formulate e rassegnate da controparte in contrasto con il disposto di cui all'art. 345 c.p.c.;

B) In via principale e nel merito: rigettare i motivi di gravame svolti da controparte nel ricorso introduttivo del presente grado di giudizio e, per l'effetto, integralmente confermare la sentenza appellata in tutti i suoi capi;

C) In via incidentale e condizionata all'accoglimento del gravame spiegato da controparte in via principale: accertare e dichiarare la rilevanza e la non manifesta infondatezza della eccezione di legittimità costituzionale sollevata in relazione all'art. 7 bis Legge Provinciale di Bolzano n. 14/1993, con riferimento agli artt. 2, 3, 32, 116 e 117 della Carta costituzionale, nonché ai principi fondamentali dell'Ordinamento Costituzionale e Giuridico italiano, alle norme fondamentali delle riforme economico-sociali della Repubblica ed ai principi generali della

Legislazione dello Stato sanciti nella materia che ci occupa – ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 117 Cost., agli artt. 4, 5 e 9 dello Statuto Speciale di Autonomia per la Regione Trentino-Alto Adige ed all'art. 2 D.P.R. n. 474/1975 – dal complesso delle disposizioni normative meglio specificate al punto 5) della narrativa del presente atto. Per l'effetto: sospendere il presente giudizio disponendo la trasmissione dei relativi atti alla Cancelleria della Corte costituzionale, in Roma, Piazza del Quirinale – "Palazzo della Consulta". Con la assunzione di ogni ulteriore conseguente provvedimento ai sensi di legge ritenuto opportuno e necessario;

D) Segue – In via gradata, sempre incidentale e condizionata all'accoglimento del gravame spiegato da controparte in via principale: accertare e dichiarare la nullità e/o comunque annullare il più volte menzionato A.C.P., con contestuale disapplicazione dei provvedimenti e/o degli ulteriori atti sopra descritti (cfr. punto 10) per tutti i motivi ivi esposti.

Con la assunzione di ogni conseguente provvedimento ai sensi di legge.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari del doppio grado.

Salvo ogni più ampio ulteriore diritto.

dei procuratori di parte appellata Provincia Autonoma di Bolzano nella causa sub RGL 41/10:

"Voglia la Corte d'Appello di Trento, Sezione distaccata di Bolzano – Sezione lavoro, in riforma della sentenza n. 203/2010, depositata in data 28.05.2010, previa riunione dei due appelli autonomi rispettivamente pendenti sub. N. RG. 41/2010 e 42/2010 ed in aderenza all'appello principale proposto dal Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI, Sezione provinciale di Bolzano, ogni contraria e diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa:

- in riforma integrale della sentenza di primo grado del Tribunale di Bolzano n. 203/10, rigettare ogni domanda avanzata dai ricorrenti di primo grado, perché inammissibile e/o infondata in fatto ed in diritto, con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, oltre al 12.5% per spese generali ed oneri sociali riflessi nella misura del 23,84% (23,80% INPDAP, 0,04% INAIL)".

dei procuratori di parte appellante Provincia Autonoma di Bolzano nella causa sub RGL 42/10

"Ogni contraria e diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa, voglia la Corte d'Appello adita, in riforma integrale della sentenza di primo grado del Tribunale di Bolzano n. 203/2010, rigettare ogni domanda avanzata dai ricorrenti di primo grado, perché inammissibile e/o infondata in fatto ed in diritto, con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, oltre al 12.5% per spese generali ed oneri sociali riflessi nella misura del 23.84% (28.80% INPDAP, 0.04% INAIL)".

dei procuratori di parte appellante F.I.M.M.G. nella causa sub RGL 42/10

in integrale accoglimento delle deduzioni e delle argomentazioni esposte in narrativa ed ogni contraria istanza, eccezione, richiesta e domanda reietta:

A) In via processuale: accertare e dichiarare, per quanto di ragione, la inammissibilità e/o la improcedibilità delle eccezioni, delle domande e delle conclusioni formulate e rassegnate da controparte in contrasto con il disposto di cui all'art. 345 c.p.c.;

B) In via processuale: accertare e dichiarare, per quanto di ragione, la inammissibilità e/o la improcedibilità delle eccezioni, delle domande e delle conclusioni formulate e rassegnate da controparte in contrasto con il disposto di cui all'art. 345 c.p.c.;

C) In via principale e nel merito: rigettare i motivi di gravame svolti da controparte nel ricorso introduttivo del presente grado di giudizio e, per l'effetto, integralmente confermare la sentenza appellata in tutti i suoi capi;

D) In via incidentale e condizionata all'accoglimento del gravame spiegato da controparte in via principale: accertare e dichiarare la rilevanza e la non manifesta infondatezza della eccezione di legittimità costituzionale sollevata in relazione all'art. 7 bis Legge Provinciale di Bolzano n. 14/1993, con riferimento agli artt. 2, 3, 32,

116 e 117 della Carta costituzionale, nonché ai principi fondamentali dell'Ordinamento Costituzionale e Giuridico italiano, alle norme fondamentali delle riforme economico-sociali della Repubblica ed ai principi generali della Legislazione dello Stato sanciti nella materia che ci occupa – ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 117 Cost., agli artt. 4, 5 e 9 dello Statuto Speciale di Autonomia per la Regione Trentino-Alto Adige ed all'art. 2 D.P.R. n. 474/1975 – dal complesso delle disposizioni normative meglio specificate al punto 5) della narrativa del presente atto. Per l'effetto: sospendere il presente giudizio disponendo la trasmissione dei relativi atti alla Cancelleria della Corte costituzionale, in Roma, Piazza del Quirinale – "Palazzo della Consulta". Con la assunzione di ogni ulteriore conseguente provvedimento ai sensi di legge ritenuto opportuno e necessario;

E) Segue – In via gradata, sempre incidentale e condizionata all'accoglimento del gravame spiegato da controparte in via principale: accertare e dichiarare la nullità e/o comunque annullare il più volte menzionato A.C.P., con contestuale disapplicazione dei provvedimenti e/o degli ulteriori atti sopra descritti (cfr. punto 10) per tutti i motivi ivi esposti.

Con la assunzione di ogni conseguente provvedimento ai sensi di legge.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari del doppio grado.

Salvo ogni più ampio ulteriore diritto.

del procuratore di parte appellante SNAMI nella causa sub.RGL 42/10

"Ogni contraria e diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa, voglia la Corte di appello adita, in riforma integrale della sentenza del Tribunale di Bolzano, Sezione Lavoro, n. 203/10 dd. 28.05.2010,

previa riunione ai sensi dell'art. 335 cod.proc. civ. del presente procedimento a quello pendente sub R.G.L. n.41/2010 di codesta Corte d' Appello, in accoglimento degli appelli presentati

in via pregiudiziale:

- dichiarare il difetto di giurisdizione del giudice ordinario;

in via preliminare di rito:

- accertare il difetto delle condizioni dell'azione in capo sia all'organizzazione F.I.M.M.G., che ai medici ricorrenti;
- dichiarare la mancata integrazione del contraddittorio e la conseguente nullitá della sentenza con tutti i provvedimenti conseguenti;

nel merito:

- rigettare ogni domanda avanzata dai ricorrenti di primo grado, perché inammissibile e/o infondata in fatto ed in diritto,

- ed in via gradata nel caso in cui fosse accertato che le clausole relative al rapporto ottimale ed al numero massimale dell'A.C.P. in parola si pongano in contrasto con le relative clausole dell'A.C.N. attualmente in vigore, accertare ai sensi dell'art. 1419 c.c. la nullitá limitatamente a tali clausole e dichiarare che le stesse sono sostituite di diritto da quelle corrispondenti dell'A.C.N. in vigore;
- ed in via di ulteriore subordine: accertare e dichiarare che l'A.C.P. in parola ha i requisiti di sostanza e di forma di un contratto collettivo integrativo e che produce, pertanto gli effetti di un simile contratto.
- con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, oltre al 12,5% per spese generali, IVA e CAP come per legge".

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

In primo grado il processo, secondo il resoconto datone nella sentenza impugnata, ha avuto svolgimento come segue:

"Con ricorso depositato in data 11 marzo 2008 la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (in seguito FIMMG) nonché i dottori Luigi Rubino, Peter Nikolaus Von Sontagh, Domenico Bossio in proprio, tutti medici di medicina generale (id est medici di base o di famiglia) convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, domandavano pronunzia di nullità dell'"Accordo a livello Provinciale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale" (ACP), sottoscritto ed approvato in data

11.12.2007 sulla base della deliberazione della Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige n. 4149 del 3.12.2007, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della medesima Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige in data 9.1.2008, avente efficacia dal 1.1.2008 e sino al 31.12.2010, in quanto ritenuta erroneamente dalla Provincia fonte unica ed esclusiva di disciplina del rapporto di convenzione fra SSN e medici di medicina generale, ponendosi tale regolamentazione in violazione delle disposizioni normative ed economiche contenute nell'Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale (ACN) concluso fra le OO.SS. maggiormente rappresentative, compresa la ricorrente, e, per la parte pubblica, dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, poi pubblicato sotto la forma di Intesa nella G.U. n. 134 del 12.06.2006..

A fondamento delle domande i ricorrenti richiamavano la disciplina di cui agli artt. 40 della legge n. 833/1978 istitutiva del SSN a mente della quale "L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi natura triennale, del tutto conformi agli Accordi Collettivi Nazionali stipulati fra Governo, le Regioni e l'Associazione Nazionale dei Comuni (ACNI) e le organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di

ciascuna categoria"; dell'art. 4 comma 9° della l. n. 412/1991 nella parte in cui stabilisce che "La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano; l'art. 8 del Dlgs. N. 502/1992 "Il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale, i Medici di medicina Generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli Accordi Collettivi Nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le Organizzazioni Sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale"; dall'art. 52 del Dlgs. N. 289/2002 per il quale "L'art. 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 è sostituito dal seguente: è istituita la Struttura tecnica Interregionale per la Disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario nazionale. Tale struttura che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Bolzano.... Con accordo in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di

contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40 , 41, 42, 46, 47, 48, 49 del Decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165"; deducendo che tali disposizioni prevedono che la disciplina del rapporto convenzionale intercorrente fra i Medici di Medicina generale ed il S.S.N., tanto sul piano normativo che su quello economico, è regolata sulla base di convenzioni nazionali denominate Accordi Collettivi Nazionali che producono i loro effetti sull'intero territorio nazionale e di conseguenza che la contrattazione collettiva di livello regionale (o provinciale per Trento e Bolzano) può quindi esplicitarsi esclusivamente nell'ambito dei limiti prefissati dai predetti ACN. Deducevano inoltre che l'unica interpretazione costituzionalmente conforme della previsione di cui all'art. 7bis della L.P. n. 14/1993 a mente del quale "La Giunta Provinciale stipula con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di base apposite convenzioni di durata triennale per la disciplina del rapporto per l'erogazione delle prestazioni assistenziali nella Provincia di Bolzano", sia quella di regolare la contrattazione di secondo livello e non quella di disciplinare tout court a prescindere dagli ACN la contrattazione di rango primario, eccependone in via subordinata l'incostituzionalità per contrasto con gli artt. 2, 3, 32, 116 e 117 della Legge Fondamentale.

In particolare venivano evidenziate e seguenti disposizioni dell'ACP tanto a contenuto normativo che economico illecite

giacché in contrasto con la disciplina collettiva di 1° livello del citato ANC:

a) art. 1, comma cinque, A.C.P., nella parte in cui tale atto negoziale prevede un sistema di tacito rinnovo della medesima regolamentazione pattizia di anno in anno salvo disdetta da inoltrarsi, ad opera di una delle parti stipulanti, a fronte dell'art. 11 dell'A.C.N. secondo cui (al contrario) "il presente Accordo ... rimane in vigore fino alla stipula del successivo";

b) art. 1, comma otto, A.C.P., laddove viene previsto un "raccordo" ai fini stipendiali, retributivi ed economici dei Medici di Medicina Generale con il "personale sanitario medico-veterinario nel servizio sanitario provinciale inserito nella fascia funzionale A" , a fronte della ben nota natura libero-professionale del rapporto di convenzionamento esistente tra il Medico di Medicina Generale ed il S.S.N. (Cass. Sez. Un. n. 20344/2005);

c) art. 2 A.C.P., che detta un regime delle incompatibilità relative alle funzioni di Medico di Medicina Generale in gran parte difformi rispetto a quelle di cui all'art. 17 dell'A.C.N., con particolare riferimento ai medici che ricevono un incarico a tempo pieno e/o a tempo parziale da parte del Comprensorio e/o della A.S.L., dei medici che esplichino la funzione di coordinatore di distretto, degli igienisti distrettuali di cui all'art. 13 Legge Provinciale n. 1/1992 e dei medici che

svolgono la attività di emergenza sanitaria territoriale regolamentata con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2020/1991;

d) *art. 8 A.C.P., nella parte in cui la contrattazione a livello aziendale viene riservata ai soggetti stipulanti il medesimo accordo su base provinciale, con conseguente illegittima esclusione delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale di cui all'art. 8 D.Lgs. n. 502/1002;*

e) *art. 14 A.C.P., nella parte in cui prevede un rapporto ottimale intercorrente tra Medico di Medicina Generale e popolazione residente pari ad 1/1500, o frazione di 1500 superiore a 750, a fronte di un rapporto ottimale indicato nell'A.C.N. pari a 1/1000 (estensibile in sede di contrattazione su base decentrata a 1/1300);*

f) *art. 18 A.C.P., laddove viene previsto un regime delle sostituzioni e dei relativi compensi in tutto e per tutto diverso rispetto a quello delineato nell'art. 37 dell'A.C.N.;*

g) *art. 20 A.C.P., nella parte in cui viene prevista una disciplina del massimale di scelte e delle relative limitazioni in tutto e per tutto diverso rispetto a quello delineato nell'art. 39 dell'A.C.N.;*

h) *art. 23 A.C.P. nella parte in cui – nel regolamentare la materia delle revoche di ufficio – non è stato rispettato il disposto dell'art. 42 A.C.N., secondo cui nel "caso di trasferimento di*

residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima";

i) art. 35 A.C.P., laddove è stato omesso qualsiasi riferimento alla Medicina in Associazione, al contrario esplicitamente prevista dall'A.C.N.;

j) art. 38 A.C.P., laddove – nell'ambito del collegamento con il servizio di continuità assistenziale – è prevista la obbligatorietà della redazione delle cd. note esplicative quale compito del Medico di Medicina Generale e ciò in contrasto con la disciplina di cui all'art. 56 dell'A.C.N.;

k) art. 42 A.C.P., nella parte in cui si prevede un trattamento economico in pejus rispetto a quello sancito nell'A.C.N., con particolare riferimento: al mancato riconoscimento di una quota per gli assistiti di età inferiore agli anni 14; all'importo previsto quale contributo per i collaboratori di studio; alla assoluta mancata previsione di qualsiasi compenso per i Medici di Medicina Generale che svolgono la loro attività secondo le forme della Medicina in Associazione; alla previsione di ulteriori emolumenti relativi alla assistenza programmata ai pazienti non ambulabili ed ai cd. progetti obiettivo demandata alla contrattazione avente come parti, solo ed esclusivamente, le Organizzazioni Sindacali stipulanti l'A.C.P. medesimo.

Radicatosi il contraddittorio, la Provincia Autonoma di Bolzano resisteva alle domande dei ricorrenti eccependo, in via pregiudiziale, il difetto di giurisdizione del G.O. ai sensi dell'art. 63 del Dlgs. n. 165/2001 atteso che la procedura stabilità per la contrattazione collettiva dagli artt. 40 e ss. Dlgs. n. 165/2001 non è applicabile in Provincia di Bolzano, avendo l'Ente territoriale disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva in via autonoma ai sensi degli artt. 5 e ss. della L.P. n.16/1995; nonché in quanto trattasi di controversia non concernente il rapporto di lavoro parasubordinato dei medici convenzionati - la sola rimesso alla cognizione (funzionale) del G.O. (Giudice del Lavoro) - bensì la regolamentazione generale ed astratta di tale rapporto; eccepivano inoltre la nullità del ricorso per omessa notifica ai soggetti firmatari dell'ACP - Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e SNAMI - nonché a tutti i medici convenzionati ai quali si applica l'ACP.

Nel merito concludeva per il rigetto del ricorso deducendo che la Provincia Autonoma di Bolzano non aveva provveduto a sottoscrivere l'ACN d.d. 23.03.2005 invocando la propria autonomia in materia; che l'accordo in questione non ha alcuna efficacia in Provincia di Bolzano sia perché non è un atto legislativo dello Stato, sia perché si tratta di un'ipotesi di accordo di per sé non già vincolante; che la Provincia è competente nella stipulazione dei contratti collettivi per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, competenza che deve tenere

contro della normativa in materia di bilinguismo; che sono comunque rispettate le linee fondamentali dell'ANC.

Esperito senza esito il tentativo di conciliazione, acquisite le prove documentali offerte, espletato il tentativo di conciliazione in sede amministrativa, acquisito verbale delle prove testimoniali assunte nel procedimento sub. r.g.l. 661/2007, integrato il contraddittorio nei confronti dei litisconsorti necessari firmatari dell'A.C.P., Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (in seguito SNAMI) che sostanzialmente si associava alle difese svolte dalla convenuta e Sindacata Unitario Provinciale (in seguito SUP), dichiarata la contumacia del SUP, depositate note autorizzate,"

il Tribunale decideva la causa con sentenza n. 203/10 dd. 28.5.2010.

Ritenendo sussistere la propria giurisdizione e l'interesse ad agire dei ricorrenti, ed insussistente litisconsorzio nei confronti dei medici convenzionati tutti, e ritenendo nel merito che la Provincia anche ai sensi dell'art. 7bis l.p. 14/1993, interpretato conformemente ai limiti posti dallo Statuto di autonomia speciale, che in particolare prevede una sua potestà legislativa soltanto secondaria in materia di "igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera" (art. 9 n. 10 St. aut.), avrebbe avuto il potere unicamente di stipulare un accordo di secondo livello, integrativo di quello nazionale, e constatato, invece, che l'Accordo a livello provinciale dd. 11.12.2007 in numerosi punti era antitetico a quello nazionale, pubbl. sulla

G.U. n. 134 del 12.6.2006, il quale peraltro era stato previamente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla stessa Provincia Autonoma di Bolzano con intesa del 23.3.2005, dichiarava la nullità dell'accordo provinciale, condannando la Provincia autonoma alla rifusione delle spese di lite dei ricorrenti, con compensazione delle spese tra tutte le altre parti. Contro la sentenza interponevano appello sia il Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – S.N.A.M.I. che la Provincia autonoma, con separati ricorsi depositati rispettivamente il 10 e 13 luglio 2010. Entrambi riproponevano le eccezioni di difetto di giurisdizione, di non integrità del contraddittorio e di difetto dell'interesse ad agire dei ricorrenti, ed argomentavano ampiamente la piena conformità a diritto dello stipulato Accordo a livello provinciale; in subordine deducevano che il Tribunale, dopo avere accertato presunto contrasto tra la disciplina collettiva nazionale e quella nazionale limitatamente al rapporto ottimale medici – assistibili, rispettivamente al numero massimale di assistiti per medico, non avrebbe comunque dovuto porre nel nulla l'intero Accordo provinciale, ma se mai soltanto le singole clausole concretamente ritenute affette da nullità, e – così ancora deduceva lo S.N.A.M.I. - dichiarare che le stesse erano sostituite di diritto da quelle corrispondenti dell'Accordo nazionale. La Provincia denunciava anche lesione degli artt. 112 e 421 c.p.c. per avere il Giudice del Lavoro, per ovviare a

carenze del ricorso, posto alla base della propria decisione indagine da esso medesimo effettuata nella causa parallela già pendente sub R.G. n. 661/07, mediante audizione di rappresentanti sindacali e del procuratore speciale della Provincia dott. König, sui concreti punti di contrasto tra Accordo provinciale e nazionale. Concludevano come in epigrafe.

In entrambi i procedimenti rimaneva contumace il Sindacato Unico Provinciale S.U.P. e si costituiva invece la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale per contestare la fondatezza delle impugnazioni, chiedendone il rigetto con vittoria di spese, occorrendo previa rimessione alla Corte Costituzionale della questione della legittimità dell'art. 7bis l.p. 14/1993.

Nel giudizio di appello promosso dalla Provincia si costituiva anche lo S.N.A.M.I., svolgendo conclusioni come in epigrafe, e in quello promosso dallo S.N.A.M.I. la Provincia autonoma, proponendo appello incidentale adesivo a quello di S.N.A.M.I..

All'udienza del 10.11.2010 le due cause venivano riunite ex art. 335 c.p.c., ed indi, all'udienza del 26.10.2011 decise con lettura del dispositivo in calce riportato.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1) La giurisdizione

La questione della giurisdizione sugli accordi collettivi dei medici convenzionati con il Servizio sanitario pubblico è già

stata affrontata, tuttavia con risultati divergenti, in due successive decisioni del Consiglio di Stato.

Nel senso del difetto della giurisdizione del giudice amministrativo, e della sussistenza, per contro di quella del giudice ordinario, si sarebbe pronunciata C.d.S. 2155/06:

1. Il Sindacato appellante ha impugnato innanzi al Tribunale amministrativo regionale per il Lazio l'atto di intesa adottato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e province autonome del 23 marzo 2005 e tutti gli atti connessi, tra i quali l'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il Tribunale amministrativo regionale, con la sentenza indicata in epigrafe, ha dichiarato il ricorso inammissibile, perché esulante dalla giurisdizione del giudice amministrativo.

Propone appello l'originario ricorrente deducendo:

a. [omissis]

b. l'erroneità della sentenza, in quanto con il ricorso veniva dedotta una questione di illegittimità, in primis sotto il profilo procedurale, di un provvedimento amministrativo, questione in quanto tale devoluta alla giurisdizione del giudice amministrativo.

[omissis]

2. L'appello è infondato.

3. [omissis]

3. Del pari infondato è il secondo motivo di gravame, con il quale

si contesta la declaratoria di difetto di giurisdizione.

L'appellante, a sostegno del gravame, deduce che, nel caso in esame, non viene in gioco un comportamento antisindacale, bensì un atto normativo nazionale avente natura amministrativa, di cui il sindacato chiede l'annullamento per vizi della procedura.

La tesi non può essere condivisa.

L'articolo 63, comma 3, del decreto legislativo n. 165 del 2001, al terzo comma, devolve al giudice ordinario la cognizione, oltre che dei comportamenti sindacali delle pubbliche amministrazioni, che non vengono in questione nel presente giudizio, delle controversie «promosse da organizzazioni sindacali, dall'ARA o dalle pubbliche amministrazioni, relative alle procedure di contrattazione collettiva».

In primo luogo, ***non può ritenersi che tale disposizione sia applicabile alle sole procedure di contrattazione collettiva concernente il personale dipendente in senso stretto, in quanto appare difficile, e sarebbe palesemente irrazionale ipotizzare che la cognizione del giudice ordinario sia limitata solo alle controversie di contrattazione collettiva che riguarda ciò che si definiva il pubblico impiego e non anche proprio quelle controversie concernenti il personale che sia legato alle pubbliche amministrazioni da rapporto non qualificabile di lavoro subordinato in senso stretto. In realtà, la norma pone una giurisdizione esclusiva del giudice ordinario in ordine a tutte le controversie***

promosse dal sindacato concernenti le procedure di contrattazione collettiva.

E si è al secondo ordine di considerazioni. Come ricorda lo stesso appellante, la giurisdizione è determinata dal cd. petitum sostanziale, che, in un sistema imperniato sulla regola del riparto, non consente di attribuire rilevanza alla prospettazione di parte, dovendosi fare riferimento agli elementi oggettivi dedotti in causa e alla domanda come oggettivamente e sostanzialmente proposta. Ciò è tanto più vero ove, come nella fattispecie considerata, la disposizione miri a devolvere al giudice ordinario la piena cognizione delle controversie sindacali, ovverossia, per adoperare una terminologia giuslavoristica, del conflitto collettivo. In tale contesto, la natura del vizio dedotto e la stessa presenza di un atto amministrativo –la cui natura provvedimentale, peraltro, sarebbe revocabile in dubbio- appaiono irrilevanti al fine del radicamento della giurisdizione.

La controversia è promossa da un'organizzazione sindacale e riguarda, nei confronti di altre organizzazioni sindacali e della controparte pubblica, una procedura di contrattazione collettiva : tanto basta a rendere applicabile la disposizione richiamata e a ritenere, conseguentemente, esclusa la giurisdizione del giudice amministrativo.

4. La sentenza del primo giudice, pertanto, è da ritenere immune dai vizi dedotti dall'appellante e quindi meritevole di conferma, in reiezione dell'appello.

Invece la successiva C.d.S. 1802/09 ha, sull'argomentato presupposto della sussistenza della giurisdizione amministrativa, confermato la *„sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale del Friuli Venezia Giulia I Sezione, n. 50 del 2007, pubblicata il 6 marzo 2007, che in accoglimento del ricorso n. 383/2006 delle sigg.re Antonella Brattovich e Maria Carmela Florio, ha annullato la delibera della Giunta Regionale n. 269, in data 20.2.2006 e del presupposto Accordo Integrativo regionale stipulato in data 15.12.2005 tra la Regione e le organizzazioni sindacali contro interessate, approvativo [recte: approvato] dalla predetta delibera, nella parte in cui è stato stabilito che il rapporto ottimale medico/popolazione è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650".*

Questa la motivazione (limitatamente all'aspetto della giurisdizione):

„3) Degli appelli proposti dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG che devono essere riuniti per evidenti motivi di connessione, vanno, anzitutto, rigettate le eccezioni pregiudiziali di difetto di giurisdizione e di carenza d'interesse delle ricorrenti in primo grado.

3.1) Il profilo inerente la giurisdizione è introdotto per l'esclusiva competenza del giudice ordinario a conoscere delle posizioni pattizie dei medici di medicina generale come stabilito dal D.Lgs.

n. 165/2001, espressamente richiamato dall'art. 25, co. 27, l. n. 289/2002. Gli appellanti focalizzano l'interesse al ricorso nella riapertura delle trattative da cui scaturiscono gli accordi collettivi, che è sottratto alla cognizione del giudice amministrativo. Petitum del ricorso sarebbe pertanto la nullità di una regola del contratto collettivo fra la regione e i medici di medicina generale di competenza del giudice ordinario e non di quello adito.

3.1.1) ***L'eccezione è infondata, alla luce del carattere di atto generale di organizzazione del provvedimento della Giunta Regionale n. 269, del 20 febbraio 2006 impugnato in primo grado e dell'interesse fatto valere dalle ricorrenti.***

3.1.2) E' dedotto in giudizio, siccome lesivo dell'interesse alla determinazione rapporto ottimale medico / paziente secondo l'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 20 gennaio 2005, il diverso rapporto determinato dal provvedimento della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia che ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale di attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale nel quinquennio 2001-2005.

3.1.2) Secondo l'art. 48, l. n. 833/1978, gli accordi collettivi nazionali, cui è demandata l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale, resi, allora, esecutivi con decreto del Presidente

delle Repubblica su proposta del presidente del Consiglio, devono, tra l'altro, prevedere "il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici ... che hanno il diritto di essere convenzionati di ogni una unità sanitaria locale...".

3.1.3) Integrando parzialmente il precedente sistema, l'art. 8, D.Lgs. n. 502/1992, ha introdotto le apposite convenzioni di durata triennale che disciplinano il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, in conformità agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, co. 9, della legge n. 412 del 1991, istitutiva della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Alle convenzioni, spetta fra l'altro prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto del limite massimo di assistiti per medico.

3.1.4) All'articolo 4, co. 9, della legge n. 412 del 1991, rinvia l'art.2-nonies, l. n. 138/2004, di conversione del d.l. n. 81/2004, che disciplina i contratti del personale sanitario a rapporto convenzionale nell'intero territorio nazionale sulla scorta di convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati

mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. L'accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella Conferenza permanente Stato - Regioni.

3.1.5) L'intesa sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale per il quinquennio dal 2001 al 2005, è stata resa esecutiva con il provvedimento della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, il cui art. 33, comma 9, primo periodo, prevede che "fino alla stipula dei nuovi accordi regionali ... può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500.. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli accordi regionali e comunque sino a un aumento massimo del 30%."

3.1.6) Nei confronti dell'aspetto inerente il trattamento economico dei medici di medicina generale operanti sul territorio, indubbiamente sotteso alla determinazione del rapporto medico/popolazione residente, prevale l'aspetto organizzativo generale, ove trattisi di disciplinare, con efficacia estesa a tutto il terrotorio regionale, una deroga ai criteri imposti dall'intesa collettiva con valenza su tutto il territorio nazionale.

3.1.7) ***Anche se l'art. 48, l. n. 833/1978, prima e l'art. 8, D.Lgs. n. 502/1992, poi, hanno demandato alla fonte pattizia la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, qualora oggetto della disciplina sia il limite massimo di assistiti per medico, hanno comunque riservato alla fonte regolamentare le scelte di programmazione sanitaria, riguardo alle quali l'Amministrazione conserva poteri discrezionali, la cui cognizione è oggetto della giurisdizione del giudice amministrativo*** *(arg. Cass., sez. un., 29 aprile 2004, n. 8212).*

3.1.8) Sia pure nella forma dell'accordo regionale integrativo dell'accordo collettivo nazionale, la delibera della Giunta n. 269, del 20 febbraio 2006, ha disciplinato il rapporto ottimale medico / assistiti residenti con efficacia estesa all'intero territorio, esercitando in ogni caso scelte discrezionali e di programmazione, riservate alla cognizione del Giudice amministrativo perché estranee alla costituzione del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e regionale ma proprie del funzionamento dell'intero sistema sul territorio e pertanto alla discrezionalità dell'amministrazione di disciplinare forme e modalità di tutela della salute, nelle quali si risolve la determinazione del rapporto fra medici e residenti assistiti nei diversi ambiti propri di ciascuna azienda sanitaria.

3.1.9) L'eccezione di giurisdizione deve essere pertanto respinta,

al pari dell'ulteriore eccezione di difetto d'interesse delle ricorrenti, anche oggetto di appello ad opera della Regione e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG, oltre che di diffusa trattazione dell'atto di costituzione dall'Organizzazione Sindacale CUMI AISS (Confederazione Unitaria Medici Italiani-Associazione Italiana Specialisti in formazione e Specialisti, oggi S.M.I. Sindacato dei Medici Italiani)."

Ora, a questa Corte sembra preferibile l'indirizzo espresso dalla prima delle pronunce riportate, non fosse altro perché maggiormente in linea con quello che appare essere l'orientamento del massimo organo regolatore della giurisdizione, le Sezioni Unite della Cassazione.

Le stesse proporrebbero una lettura non restrittiva, bensì estensiva dell'art. 63 d.lgs. 165/01, e ravviserebbero la *ratio* della devoluzione della giurisdizione al giudice ordinario, sancita da quest'ultima norma, nel "tipo di situazioni giuridiche soggettive implicate dalle vicende dell'autonomia contrattuale collettiva, la cui natura, a questi fini, rileva sia nella fase procedimentale e precontrattuale sia, a maggior ragione, una volta che il contratto sia effettivamente concluso", "*ratio*" questa, rispettivamente giustificazione dogmatico-sistematica, che vale sicuramente oltreché per la contrattazione del pubblico impiego in senso stretto anche per quella riguardante i medici titolari di rapporti parasubordinati con la pubblica

amministrazione.

V. p.es. C., SU, 3145 del 03/03/2003: *La devoluzione al giudice ordinario delle controversie relative alle <<procedure>> di contrattazione collettiva (ivi compresa quella integrativa), secondo la previsione dell'art. 63, terzo comma, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, include anche quelle controversie in cui venga in contestazione la validità o l'efficacia di determinate clausole collettive, atteso che, da una parte, la menzione delle <<procedure>> non può essere intesa in senso restrittivo, così come si desume dalla disposizione di cui al successivo art. 64 del citato D.Lgs., che attribuisce allo stesso giudice ordinario l'accertamento pregiudiziale sull'efficacia, la validità e l'interpretazione dei contratti collettivi nazionali, e che, d'altronde,* ***la "ratio" di tale devoluzione si ricollega al tipo di situazioni giuridiche soggettive implicate dalle vicende dell'autonomia contrattuale collettiva, la cui natura, a questi fini, rileva sia nella fase procedimentale e precontrattuale sia, a maggior ragione, una volta che il contratto sia effettivamente concluso***. e C., SU, 1125 del 24/01/2003: *Nel nuovo sistema di riparto della giurisdizione di cui all'art. 63 del D.Lgs. n. 165 del 2001, che devolve alla cognizione del giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, le controversie relative alle procedure di contrattazione collettiva di cui all'articolo 40, sono attribuite all'AGO anche le controversie promosse per l'accertamento della persistente efficacia di una*

clausola di un accordo integrativo, giacché la norma richiamata si estende espressamente, come si evince dal suo titolo e dal comma terzo, alla contrattazione integrativa e l'espressione "procedure" si riferisce a qualsivoglia controversia inerente alle vicende dell'autonomia contrattuale, ivi comprese le controversie in tema di accertamento sull'efficacia, la validità e l'interpretazione dei contratti collettivi.

Ad ogni modo anche l'Accordo collettivo provinciale qui *sub iudice* non è evidentemente un atto amministrativo, ma atto di autonomia contrattuale, e quindi anche ammettendo che il servizio di medicina generale che esso di riflesso (ossia oltre al rapporto di lavoro parasubordinato di medici) disciplina, sia un pubblico servizio ai sensi dell'art. 33 l. 31.3.1998 n. 80, come sost. dall'art. 7 l. 21.7.2000 n. 205, oggetto del giudizio comunque non sarebbe un atto per il quale la giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo potesse ancora affermarsi dopo l'intervento di Corte Cost. 204/04. Ed invero la norma cit., il cui primo comma avrebbe riservato alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo la cognizione di "tutte le controversie in materia di pubblici servizi", dalla cit. sentenza della Consulta è stata dichiarata illegittima: "*nella parte in cui prevede che sono devolute alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo <<tutte le controversie in materia di pubblici servizi, ivi compresi quelli>> anziché <<le controversie in materia di pubblici servizi relative a concessioni di pubblici servizi,*

escluse quelle concernenti indennità, canoni ed altri corrispettivi, ovvero relative a provvedimenti adottati dalla pubblica amministrazione o dal gestore di un pubblico servizio in un procedimento amministrativo disciplinato dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, ovvero ancora relative all'affidamento di un pubblico servizio, ed alla vigilanza e controllo nei confronti del gestore, nonché>>" (mentre il secondo comma, recante la previsione che fra le medesime rientrano, "in particolare" quelle "riguardanti le attività e le prestazioni di ogni genere, anche di natura patrimoniale, rese nell'espletamento di pubblici servizi, ivi comprese quelle rese nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", dalla sentenza cit. è stato integralmente espunto; in termini ora l'art. 133 lett. c del Codice del processo amministrativo approvato con d.lgs. 2.7.2010 n. 104, qui non ancora applicabile stante il disposto dell'art. 5 c.p.c.). Ebbene, l'Accordo collettivo evidentemente non è qualificabile come "provvedimento adottato dalla pubblica amministrazione ... in un procedimento amministrativo", e nemmeno esso è riconducibile alla fattispecie, riservata alla giurisdizione amministrativa esclusiva sin dalla l. TAR (art. 5 l. n. 1034 del 1971), delle "concessioni" di pubblici servizi (anche a prescindere dal fatto che il rapporto di "concessione" come tale intercorrerebbe non con la Provincia convenuta, ma con l'Azienda sanitaria, alla quale i rapporti parasubordinati dei medici convenzionati fanno capo).

È vero che integra invece un atto amministrativo l'autorizzazione data dalla Giunta provinciale alla Delegazione dell'Agenzia per la contrattazione collettiva per la firma dell'ipotesi di accordo (delibera n. 4149 del 3.12.2007, doc. 2 dei ricorrenti). Sennonché non è essa l'oggetto dell'impugnativa come proposta dalla FIMMG e dai tre medici ad essa affiliati, i quali, oltre a invocare la declaratoria della nullità dell'ACP, hanno unicamente chiesto la "contestuale disapplicazione dei provvedimenti e/o degli ulteriori atti sopra descritti", quindi una misura comunque consentita al giudice ordinario già dagli artt. 4 e 5 della legge 2248/1865 all. E. ---

Sulla giurisdizione del giudice ordinario sui contratti collettivi anche del settore pubblico v. peraltro già, indipendentemente da quanto ora espressamente sancito dall'art. 63 d.lgs. 165/2001 (rispettivamente dall'art. 29 d.lgs. 80/1998), C.d.S. 1772 del 23/12/1998: *Il contratto collettivo nazionale di lavoro dei pubblici dipendenti è un atto di natura privatistica e convenzionale ed è, quindi, sottratto al potere di annullamento del giudice amministrativo, che può solo disapplicarlo; pertanto, non avendo l'eventuale accoglimento del ricorso effetti di portata generale, la competenza a decidere è del Tribunale territorialmente competente, e non del Tribunale regionale del Lazio con sede in Roma.*

Da ultimo si annota che la divergente opinione di C.d.S. 1802/09 cit. è riferita specificamente al solo aspetto della

disciplina del rapporto tra medici ed assistiti ("*Anche se l'art. 48, l. n. 833/1978, prima e l'art. 8, D.Lgs. n. 502/1992, poi, hanno demandato alla fonte pattizia la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, qualora oggetto della disciplina sia il limite massimo di assistiti per medico, hanno comunque riservato alla fonte regolamentare le scelte di programmazione sanitaria, riguardo alle quali l'Amministrazione conserva poteri discrezionali, la cui cognizione è oggetto della giurisdizione del giudice amministrativo*"), e nemmeno quindi riguarda la tematica più ampia della giurisdizione sui contratti collettivi impugnati come tali, e nella loro interezza. ---

Per quanto sin qui osservato, le eccezioni di difetto di giurisdizione riproposte anche nella presente sede di gravame dagli appellanti SNAMI e Provincia autonoma si considerano superabili.

<u>2) La presunta necessità di integrazione del contraddittorio a tutti i medici di medicina generale</u>

La stessa appare da escludere sul rilievo che i singoli medici non sono parti dirette dell'accordo e quindi possono vantare alla perdurante sua applicazione un interesse meramente riflesso (ancorché anche giuridicamente rilevante, e non solo di fatto, v. *infra, sub* 3).

Del resto anche le pronunce del Consiglio di Stato nn. 1802/09, 1603/06, 4808/05 e 4809/05 di cui si dirà *infra, sub* 4), che

avrebbero ritenuto la parziale invalidità di accordi collettivi regionali dei medici convenzionati di Friuli – Venezia Giulia e Puglia sono state rese senza la presenza in causa dei medici convenzionati tutti.

3) L'interesse ad agire

Nel caso di FIMMG esso discende già dal fatto che essa è firmataria dell'Accordo collettivo nazionale suo doc. 3 che, caducato in tutto o in parte quello provinciale, tornerebbe applicabile, *in parte qua*, anche in provincia di Bolzano: l'organizzazione sindacale quindi agisce al fine di promuovere l'ottemperanza a quanto da essa stipulato nell'esplicazione del mandato conferitole dai suoi associati.

La posizione dei tre medici affiliati appare invece equiparabile a quella di interventori *ad adiuvandum*, in quanto portatori di un interesse perlomeno riflesso alla "disapplicazione" del contratto provinciale ed applicazione di quello nazionale (interesse riflesso speculare a quello *supra, sub* 2, ritenuto sussistere in capo alla generalità dei medici di medicina generale soggetti all'applicazione o "disapplicazione" del contratto, e che come tale legittima sì l'intervento *ad adiuvandum*, ma non determina litisconsorzio necessario *ex* art. 102 c.p.c.).

4) Il merito

Nel merito, il primo giudice alle pp. 32 – 33 della sentenza impugnata ha incentrato la sua analisi dei contenuti dei due contratti posti a confronto, nazionale e provinciale,

essenzialmente su quanto essi rispettivamente prevedono in ordine al "rapporto ottimale" tra medici convenzionabili e pazienti, nonché in ordine al numero massimo di assistibili per medico.

Al riguardo ha rilevato le seguenti difformità: "l'ACP (art. 14) nel determinare il "rapporto ottimale" medici convenzionabili/paziente nella misura di un medico ogni 1.500 assistiti o frazione di 1.500 superiore a 750, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, si pone in palese contrasto con l'ACN (art. 33), il quale a suo volta autorizza a derogare il "rapporto ottimale" di un medico ogni 1000 abitanti residenti ma solo "*per determinati ambiti territoriali*" e non già in maniera generalizzata e comunque fino ad un aumento massimo del 30 % (*id est* rapporto massimo di un medico ogni 1300 assistiti)"; inoltre "l'ACP (art. 20) individua in 2.000 il massimale degli assistiti per ciascun medico convenzionato, ponendosi in contrasto con l'ACN (art. 39) che prevede un numero massimo di assistiti pari a 1500".

Secondo quanto ritenuto dal Giudice del lavoro, le richiamate divergenti previsioni del contratto provinciale sarebbero affette da nullità "per contrasto con norma imperativa", e la nullità si estenderebbe all'intero ACP.

Il Collegio ritiene di potere condividere la prima, non anche la seconda delle dette statuizioni.

Giova premettere una succinta rassegna dei principali referenti costituzionali che delimitano, nel campo di interesse, le sfere di attribuzione delle autorità statali e, rispettivamente, regionali e province autonome.

Secondo l'art. 4 n. 7 dello Statuto speciale di autonomia per il Trentino – Alto Adige (T.U. approvato con D.P.R. 31.8.1972 n. 670, e succ. modd.) la Regione Trentino – Alto Adige è dotata di competenza legislativa primaria (vincolata quindi unicamente al rispetto della Costituzione, dell'"ordinamento giuridico della Repubblica", degli "obblighi internazionali" e degli "interessi nazionali") in materia di "ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri", e la Provincia, ex art. 9 n. 10 di competenza secondaria (vincolata quindi al rispetto anche "dei principi stabiliti dalle leggi dello Stato") in materia di "igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera".

La complementare normativa di attuazione – la quale si colloca nella gerarchia delle fonti a un livello intermedio tra quello delle leggi costituzionali e quello delle leggi statali ordinarie – è recata dal D.P.R. 28.3.1975 n. 474, Norme di attuazione dello Statuto per la Regione Trentino – Alto Adige in materia di igiene e di sanità, e succ. modd., di cui vengono in rilievo, in particolare, gli artt. 2 e 3. Essi recitano:

art. 2:

(1) La regione Trentino-Alto Adige disciplina il modello di organizzazione delle istituzioni ed enti sanitari.

(2) Alle province autonome competono le potestà legislative ed amministrative attinenti al funzionamento ed alla gestione delle istituzioni ed enti sanitari; nell'esercizio di tali potestà esse devono garantire l'erogazione di prestazioni di assistenza igienicosanitaria ed ospedaliera non inferiori agli standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria.

(3) Le competenze provinciali relative allo stato giuridico ed economico del personale addetto alle istituzioni ed enti di cui al secondo comma sono esercitate nei limiti previsti dallo statuto.

art. 3:

1) Restano ferme le competenze degli organi statali in ordine:

1) *ai rapporti internazionali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ivi compresa la profilassi internazionale;*

2) *alla sanità aerea e di frontiera ivi comprese le misure quarantenarie;*

3) *alle cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura ed agli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro per la sanità di concerto per il Ministro per la pubblica istruzione, sentita la provincia interessata;*

4) *alla ricerca e sperimentazione scientifica di rilevanza nazionale svolte da appositi istituti in ordine all'origine, evoluzione, prevenzione e cura delle malattie;*

5) *alla produzione, commercio, vendita e pubblicità dei prodotti chimici usati in medicina, dei preparati farmaceutici, preparati galenici, specialità medicinali, vaccini, virus, sieri, tossine e prodotti assimilati, emoderivati, presidi medicochirurgici e prodotti assimilati;*

6) *alla coltivazione, produzione, impiego, commercio, all'ingrosso, importazione, esportazione e transito, acquisto, detenzione e somministrazione di sostanze stupefacenti e di sostanze psicoattive e loro derivati;*

7) *alla produzione e commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia; agli aspetti igienico-sanitari: della produzione, commercio di sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei; dei fitofarmaci e dei presidi delle derrate alimentari immagazzinate; dei mangimi, integratori ed additivi nella alimentazione degli animali;*

8) *alla produzione ed impiego pacifico dell'energia nucleare;*

9) *alle professioni sanitarie, agli ordini e collegi professionali ed agli esami di idoneità per l'esercizio della professione medica negli ospedali; nella provincia di Bolzano, tali esami possono essere effettuati osservandosi l'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1980, n. 197; la facoltà di organizzare i predetti esami è estesa*

alla provincia di Trento;

10) *alla omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione; non è attività di omologazione quella di verifica e controllo di macchine, impianti e mezzi installati nella regione;*

11) *alla vigilanza per l'applicazione delle norme relative alla previdenza e alle assicurazioni sociali;*

12) *alla vigilanza e tutela del lavoro eccettuate le attribuzioni delle province ai sensi dell'articolo 9, numeri 4 e 5 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, nonché quelle inerenti all'esercizio della competenza provinciale prevista dall'articolo 10 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica;*

13) *all'organizzazione sanitaria militare;*

14) *ai servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonché ai servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente.*

Secondo invece l'art. 117 Cost., riscritto con la l. cost. 18.10.2001 n. 3, lo Stato ha la legislazione esclusiva nella materia della "determinazione dei livelli essenziali delle

prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (co. 2 lett. m), e legislazione concorrente (limitata cioè alla "determinazione dei principi fondamentali") in materia di "tutela della salute" (co. 3). Sia secondo le norme statutarie che anche ai sensi dell'art. 117 Cost. in materia di "igiene e sanità" / "tutela della salute", legislatori ed amministrazioni territoriali sono quindi tenuti ad attenersi ai principi posti dalla legislazione dello Stato (secondo il novellato art. 117 Cost. perlomeno a quelli "fondamentali"), ed in particolare "agli standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria" (art. 2 D.P.R. 474/75) / "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117 Cost.).

Stante la così constatata sostanziale sovrapponibilità delle fonti, anche alla Provincia autonoma appare quindi applicabile, *mutatis mutandis*, quanto ritenuto dal Consiglio di Stato, in quattro successivi conformi arresti, in tema di nullità di previsioni di accordi regionali (in quei casi delle Regioni Friuli – Venezia Giulia e, rispettivamente, Puglia) che fissavano in modo difforme da quanto stabilito nel vigente accordo nazionale, il numero massimo, per ciascun medico di base, di assistibili.

Il riferimento è a C.d.S. 1802/09, 1603/06, 4808/05 e 4809/05:

La prima così ha ritenuto:

*"**1)** Con la deliberazione n. 269 del 20 febbraio 2006, la Giunta della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale stipulato il 15 dicembre 2005, come integrato dall'intesa regionale del 9 febbraio 2006, sottoscritto dall'Assessore alla Salute e alla Protezione Sociale e le Organizzazioni sindacali F.I.M.M.G., S.I.M.E.T. (Intesa sindacale SINMET-SUMAI-CISL Medici) C.U.M.I.-A.I.S.S. (Federazione Medici) e FP C.G.I.L. Medici. L'Accordo integrativo e l'intesa sono parte degli Accordi regionali integrativi dell'Accordo Collettivo Nazionale concernente la negoziazione di secondo livello connessa alla realizzazione degli obiettivi e delle strategie previste dalla programmazione regionale, cui fanno seguito ulteriori intese regionali a completamento degli istituti contemplati dall'Accordo Collettivo Nazionale.*

***1.1)** Relativamente alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per il quinquennio 2001-2005, l'Accordo è stato reso esecutivo con provvedimento della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, recante l'intesa sulle proposte di accordi collettivi nazionali per la medicina generale, ai sensi dell'art. 2-nonies, l. n. 138/2004, di conversione del d.l. n. 81/2004.*

***1.2)** A proposito del rapporto ottimale (costituito dal numero di medici che può essere iscritto in ciascun ambito territoriale in relazione alla popolazione residente), l'Accordo collettivo*

nazionale ha stabilito all'art. 33, comma 9, primo periodo, la proporzione di un medico ogni mille residenti "fino alla stipula dei nuovi accordi regionali..." . All'espressione "fino alla stipula di nuovi accordi regionali...", si è attribuito il significato di mantenere il rapporto normale posto dall'Accordo collettivo nazionale fatta salva la possibilità di un diverso rapporto ottimale da stabilirsi con accordo integrativo regionale.

1.3) *L'accordo regionale in Friuli Venezia Giulia ha rideterminato tale rapporto in un medico ogni 1.300 abitanti residenti, così disponendo: "il rapporto ottimale è definito in un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. In situazioni particolari, quali ad esempio, le zone montane o a popolazione sparsa potranno essere definite modalità diverse di calcolo che verranno approvate dal comitato regionale su richiesta delle Aziende interessate. Le Aziende redigono la proposta di riorganizzazione degli ambiti, secondo i nuovi parametri, entro 45 giorni dalla data sottoscrizione del presente accordo. Il Gruppo di lavoro regionale, istituito con DGR n. 2148 del 5.9.2005 valuterà le proposte e le trasmetterà al Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN. In attesa della definitiva riorganizzazione, sono sospesi i nuovi insediamenti e le zone carenti cioè il conferimento degli incarichi per la copertura in ambiti territoriali carenti.*

1.4) *L'accordo regionale è stato discusso dal Comitato Regionale di cui all'art. 24 del suddetto Accordo Collettivo Nazionale nella seduta del 13 luglio 2006 ed è stato approvato nella medesima*

proporzione di un medico ogni 1.300 abitanti residenti, per larga parte delle Azienda Sanitarie operanti in Friuli.

2) *Nella parte in cui determina il rapporto ottimale per i medici di medicina generale nella misura di un medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650, l'Accordo Integrativo Regionale per il Friuli Venezia Giulia è stato impugnato al competente Tribunale amministrativo dalle dott.sse Antonella Brattovich e Maria Carmela Florio per violazione dell'art. 48, co. 3, della legge. n 833/1978 e dell'art. 33 co. 9, dell'Accordo Collettivo Nazionale in quanto aumenta in via generalizzata il rapporto medico / paziente, diversamente dall'accordo nazionale che prevedeva deroghe caso per caso al rapporto ottimale per i medici di medicina generale nella misura di un medico ogni 1.000 abitanti residenti, con contrazione del numero dei posti, a detrimento degli scritti nella graduatoria regionale della medicina generale in attesa di collocazione utile.*

2.1) *Costituitosi in contraddittorio con la Regione e con talune Associazioni sindacali che hanno sottoscritto l'accordo regionale, il ricorso è stato accolto, con annullamento della disposizione censurata, previo rigetto delle eccezioni pregiudiziali di difetto di giurisdizione del giudice adito e carenza di interesse delle ricorrenti.*

2.2) *Nel riconoscere il ribaltamento del criterio previsto dall'art. 33 co. 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale sul rapporto medico / paziente, il Tribunale territoriale ha riaffermato la prevalenza*

degli Accordi Collettivi Nazionali di cui all'art. 48 della legge n. 833/1978. sulla fissazione del rapporto medico / paziente e la sua inderogabilità in via generalizzata da opera delle regioni anche in presenza del nuovo quadro istituzionale di riforma del Titolo V cost..

3) *Degli appelli proposti dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG che devono essere riuniti per evidenti motivi di connessione, vanno, anzitutto, rigettate le eccezioni pregiudiziali di difetto di giurisdizione e di carenza d'interesse delle ricorrenti in primo grado.*

[omissis]

4) *Nel merito, gli appelli Regione Friuli Venezia Giulia e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG sono infondati.*

4.1) *La regione afferma che l'art. 33, comma 9, primo periodo dell'Accordo Collettivo Nazionale laddove afferma la proporzione di un medico ogni mille residenti fino alla stipula dei nuovi accordi regionali ha il significato di mantenere il rapporto normale posto dall'Accordo Collettivo Nazionale fatta salva la possibilità di un diverso rapporto ottimale da stabilirsi con Accordo Integrativo Regionale.*

4.1.1) *A questa incombenza avrebbe provveduto l'accordo regionale, assunto in Friuli Venezia Giulia con la delibera della Giunta Regionale n. 269, del 20 febbraio 2006 e con l'Accordo*

Integrativo Regionale del 15 dicembre 2005 che ha rideterminato il rapporto ottimale in un medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650. In base all'accordo la Regione avrebbe richiesto alle Aziende sanitarie territoriali di inviare le rispettive proposte di riorganizzazione degli ambiti territoriali e di ridefinizione delle sedi per l'assistenza primaria e del numero dei medici di continuità assistenziale affinché il Comitato regionale potesse quantificare il numero dei medici da adibire alle singole Aziende. L'operato della regione sarebbe, perciò conforme all'accordo integrativo, il cui art. 3 prevede la possibilità che la contrattazione di secondo livello possa indicare un diverso rapporto ottimale in relazione a determinati ambiti territoriali. Nell'accordo integrativo del 15 dicembre 2005 e nella riunione del 13 luglio 2006, sono stati determinati tre diversi rapporti ottimali, di cui uno inferiore al limite di 1 medico massimalista per 1000 residenti, uno pari all'anzidetto limite ed uno superiore pari a 1 medico per 1300 residenti.

4.1.2) *L'argomento va disatteso, con richiamo all'art. 3 dell'Accordo collettivo nazionale che, se pure abilita la Regioni (lett. d) alla definizione del rapporto ottimale dei massimali di scelta anche in relazione a modelli associativi,* ***non consente che il rapporto sia esteso con efficacia generale a tutte le Aziende sanitarie operanti nella regione e sia aprioristicamente determinato, in via generale, secondo il criterio più restrittivo****.*

4.1.2) *Anche se la norma non lo specifica, la definizione del rapporto ottimale deve avvenire in base alle regole fissate dal successivo art. 33 dell'Accordo stesso, che limita il rapporto ottimale medico / assistito residente nella regione nella proporzione di 1 / 1000 per ciascun ambito territoriale sino alla stipula di nuovi accordi regionali.* ***Nonostante la formulazione della norma, di disagevole lettura, appare evidente che il rapporto ottimale medico / assistito è sottratto alla contrattazione regionale di secondo livello. Tanto si ricava dalla lettura dell'art. 4 dell'Accordo che demanda alle intese regionali una serie di aspetti specifici dai quali esula però siffatto rapporto, definito, in via ordinaria dalla contrattazione nazionale, come espressamente prevede l'art. 4, lett. d) dell'Accordo nazionale collettivo.***

4.1.3) In sostanza, l'Accordo ha inteso riservare alla contrattazione nazionale la definizione generale del rapporto ottimale in tutte le regioni, riservando alle singole regioni di determinare caso per caso e successivamente alla negoziazione regionale (cui è demandato fornire il quadro d'insieme dell'assistenza massimalista) la definizione delle singole eccezioni, nella misura massima del 30% di variazione del rapporto di base.

4.1.4) *Le regioni non possono dunque rideterminare aprioristicamente il rapporto ottimale medico / assistito per*

ambiti generali, come ha fatto la delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. 269, del 20 febbraio 2006 che ha rideterminato tale rapporto in 1 medico ogni 1.300 abitanti residenti, senza alcun quadro d'insieme come prescritto dall'art. 4 dell'Accordo e ***senza alcuna espressa motivazione che giustifichi l'aumento del rapporto ottimale****. Motivazione dovuta ai sensi del comma 9 dell'art. 33, laddove afferma che "le Regioni possono indicare" e pertanto attribuisce loro una specifica potestà il cui esercizio deve essere vincolato a ben specifici presupposti, dai quali non esula la considerazione del numero dei medici di medicina generale in attesa di convenzione, il cui contrarsi delle possibilità d'impiego ridonda a svantaggio dell'utenza, sia pure costituendo un indubbio risparmio di spesa.*

4.1.5) *La* ***riserva alla contrattazione nazionale non viola l'ordine delle competenze stabilito dal titolo V cost. nella riforma introdotta dalla legge cost. n. 3 del 2001. Se è vero che la tutela della salute costituisce materia di legislazione concorrente, è altrettanto vero che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale rappresenta materia di legislazione esclusiva al sensi dell'art. 117: e in quest'ambito rientra sicuramente la definizione nel quadro dell'assistenza primaria, dei rapporti medico/popolazione residente, data l'evidente influenza***

che esercita il servizio medico di base sui diritti civili e sociali, in cui la tutela della salute si inquadra secondo il sistema solidaristico della costituzione e della legge n. 833/1978.

4.2) *Risulta, per gli stessi profili l'infondatezza dell'appello della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG, laddove afferma il carattere meramente formale della domanda, perché rivolta all'osservanza di un'astratta legalità dell'azione amministrativa, che nella regione Friuli Venezia Giulia avrebbe individuato diverse aree in cui inserire i rapporti medico / popolazione residente, nelle quali solo alcune superiore al limite di 1 / 1000, indicato nell'Accordo collettivo nazionale.*

4.2.1) *In disparte la genericità degli assunti delle Federazione, va ribadito che oggetto dell'accordo regionale non è mera individuazione di ambiti territoriali in cui collocare rapporti medico/popolazione superiori ai limiti che la legge prevede, sebbene la sua individuazione motivata e successiva alla contrattazione regionale. Nella contrattazione regionale, un rapporto diverso da quello stabilito nella contrattazione nazionale non trova posto come regola rimessa alla discrezionalità delle Regioni ma come vera e propria eccezione, che le Regioni sono abilitate ad introdurre, sulla scorta di specifici presupposti affatto indicati né nei provvedimenti né desumibili dagli argomenti difensivi della Federazione.*

4.2.2) *E' poi da disattendere l'ulteriore motivo della Federazione,*

di lettura dell'art. 48, l. n. 833/1978, orientata a svalutare la contrattazione collettiva a livello nazionale a favore di quella regionale, perché più aderente al carattere del servizio, radicato in ambito territoriale.

4.2.3) Finalità della contrattazione nazionale è, ai sensi del citato art. 48, non solo l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale, sebbene anche tutelare il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino, sicuramente compromessa da una contrazione del rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale che sostanzialmente riduce la presenza dei medici di base sul territorio*, come anche si afferma nella memoria depositata il 3 maggio 2007 della C.G.I.L. FP Medici. Per questa ragione, la contrazione deve rispondere a ben precise esigenze delle strutture sanitarie da estrinsecare in una motivazione rigorosa e non riassumibile nelle esigenze di singoli ambiti territoriali.*

4.3. *Sotto i profili sinora esposti, è da condividere l'illegittimità dei provvedimenti della Regione Friuli Venezia Giulia, come illustrata nella memoria delle ricorrenti e ad onta di quanto rappresentato nell'atto di costituzione con appello incidentale del 13 aprile 2007 dall'organizzazione sindacale CUMI-AISS."*

Così invece C.d.S. 1603/06:

"1. La sentenza appellata ha ritenuto legittima la deliberazione G. R. Puglia n. 565 del 20.4.2004, concernente l'accordo

regionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri, integrativo dell'Accordo Nazionale di cui al d.P.R. n. 272 del 28 luglio 2000, nella parte in cui prevede la riduzione del massimale di scelte in proporzione al numero delle ore settimanali che il medico dedica ad altre attività, nonché la clausola per cui al pediatra con doppio incarico non sono consentite deroghe oltre il proprio massimale individuale.

La contestazione avanzata in primo grado, e ora ribadita in appello, secondo cui la materia del numero degli assistiti e i connessi obblighi sono regolati dall'Accordo Nazionale di cui al D.P.R. 28 luglio 2000 n. 272 e non sarebbe modificabile in sede di accordi regionali, è stata ritenuta non condivisibile da parte del TAR essenzialmente in base al rilievo che l'Accordo Nazionale, nella sua "Dichiarazione preliminare", autorizza accordi in sede regionale al fine di attuare "forme e modalità diverse di organizzazione del lavoro ... assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata ...ulteriori possibilità per garantire la continuità assistenziale." Ne conseguirebbe che le norme di cui all'art. 23 dell'Accordo Nazionale, che regolano il massimale delle scelte effettuabili, assumerebbero il valore di "linee direttive" suscettibili di specificazione diversificata, anche in senso riduttivo, in sede di accordo regionale.

2. L'appello è fondato, come del resto già ritenuto in due precedenti decisioni della sezione riguardanti la medesima controversia (nn. 4808 e 4809 del 2005).

[omissis]

2.2. Per quanto concerne il merito, è sufficiente osservare che il quadro normativo di riferimento, composto dall'art. 48, comma 3 n. 5 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, dall'art. 8, comma 1, lett. a) del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e dagli artt. 1, comma 3, 23 e 55 del d.P.R. 28 luglio 2000 n. 272, consente di distinguere le materie assegnate alla contrattazione collettiva nazionale e quelle su cui può svolgersi la contrattazione integrativa regionale.

In particolare, la determinazione del massimale delle scelte ammesse per i pediatri di libera scelta, che è l'oggetto principale della controversia, risulta riservata, alla contrattazione nazionale, sulla base delle relative fonti legislative (art. 48 l. n. 833/1978, art. 8 d.lgs. n. 502/1992), come del resto avvenuto in concreto ad opera dell'art. 23 dell'Accordo Nazionale del 2000 (V.,con riferimento all'accordo nazionale approvato con D.P.R. 22.7.1996 n. 484, Cass. Sez. L. 29.4.2004 n. 8244). Alla medesima conclusione si perviene osservando le disposizioni che concernono i contenuti degli accordi integrativi regionali.

In primo luogo, la menzione di "forme e modalità ...di erogazione delle prestazioni", ovvero di "sperimentazioni diverse da confrontare e misurare in termini di validità assistenziale...", nella ricordata Dichiarazione preliminare, alludono

evidentemente a soluzioni di tipo organizzativo che nulla hanno a che vedere con la posizione soggettiva dello specialista che intenda avvalersi della facoltà conferitagli dall'Accordo Nazionale di pervenire ad un numero massimo di 800 scelte, indipendentemente dallo svolgimento di attività compatibili. Ove poi si consideri che, secondo l'art. 1, comma 3, l'Accordo Nazionale "definisce gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale", ossia quegli "ampi ed esclusivi spazi di contrattazione" preannunciati nella Dichiarazione preliminare, e che l'art. 55 del medesimo Accordo, definendo tali ambiti, non menziona affatto il problema dei massimali di scelta, la tesi accolta in primo grado risulta priva di qualsiasi riscontro normativo.

Tale non potrebbe individuarsi, infatti, nel comma 2 dell'art. 23, invocato dalle appellate Amministrazioni, che: a) istituisce una deroga al limite delle 800 scelte, consentendone 1000, ai pediatri i quali, non soggetti a limitazioni del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 o quelli già titolari di massimale attribuito a i sensi della Convenzione Nazionale Unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge n. 349/1978; b) dispone che gli stessi pediatri perdano la quota individuale di cui sopra in caso di svolgimento di attività compatibili.

E' agevole osservare: 1) che la norma sulla perdita della quota di

favore si riferisce ad una fattispecie particolare, puntualmente individuata, e quindi non suscettibile di estensione analogica; 2) che l'Accordo ha inteso disciplinare in via diretta, non solo l'ipotesi normale (comma 1), ma anche la situazione particolare che meritava una incisione della quota ammessa in relazione all'esercizio delle attività compatibili, così offendo un argomento in più per escludere che sullo stesso argomento potessero interloquire gli accordi regionali integrativi.

L'Azienda appellata tuttavia, cita, a sostegno della sua difesa, la disposizione del comma 5 dell'art 23 dell'Accordo Nazionale, nel quale si afferma: "Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto".

Si assume che la norma resterebbe priva di ogni effetto se gli accordi regionali non avessero la possibilità di comprimere il numero delle scelte. La tesi non appare persuasiva.

L'interpretazione proposta, infatti, si risolve nella attribuzione agli accordi integrativi di una facoltà derogatoria di tanto indefinita ampiezza da vanificare pressoché totalmente la stessa ragion d'essere dell'Accordo Nazionale, e ciò non è compatibile con i riferimenti normativi citati sopra, e in particolare con l'art. 1 dell'Accordo medesimo.

In conclusione, l'appello merita accoglimento, ma sussistono

valide ragioni per disporre la compensazione tra le parti delle spese dei due gradi di giudizio."

In termini C.d.S. 4808/05 e 4809/05. ---

Le conclusioni cui così è pervenuto in tema di numeri di assistibili l'organo posto al vertice della giustizia amministrativa sono integralmente condivise, e vengono fatte proprie, da questa Corte d'appello.

Deve unicamente aggiungersi, con riferimento alle peculiarità della situazione altoatesina, che neanche quella della "tutela delle minoranze linguistiche locali" che ai sensi degli artt. 4 ss. Statuto speciale costituisce un "interesse nazionale" ai fini dell'esercizio delle potestà sia primarie che secondarie di Regione e Province autonome, sarebbe esigenza che *a priori* non fosse realizzabile altrimenti che con l'aggregazione a ciascun medico di base di un numero superiore di assistiti rispetto a quanto consentito dall'accordo nazionale. Ed invero, perlomeno in prospettiva, il reclutamento di un numero *in thesi* più alto, rispetto all'attuale, di medici di medicina generale, a conoscenza anche delle lingue delle minoranze, appare come tale ben attuabile, mentre al fine di evitare, invece, che nel passaggio dal regime dell'attuale ACP a quanto previsto dall'ACN, i pazienti eventualmente in soprannumero rimangano sguarniti di assistenza medica di base, appare già sufficiente, sostituito il riferimento numerico "2000" con quello imposto dall'ACN, di soltanto 1500 unità, la previsione transitoria recata

dall'art. 20 co. 1 seconda proposizione dell'ACP: "I medici con un numero di scelte superiore a 2000 unità ... manterranno tale numero di scelte ad esaurimento e senza reintegro alcuno, salvo quanto disposto dall'articolo 21, comma 7" (secondo il quale: "I figli, i genitori, il coniuge o il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale, se conviventi con l'assistito."). La riportata previsione transitoria, sostituito unicamente il parametro numerico, appare invero potersi considerare legittima – anche perché comunque necessitata – e quindi (per quanto si argomenterà *infra* sull'insussistenza di nullità dell'intero ACP) tale da potere rimanere in vigore.

Per quanto detto, la sentenza del Giudice del Lavoro appare da confermare nella parte in cui ravviserebbe la nullità degli artt. 14 e 20 ACP nella parte in cui fissano il rapporto ottimale tra medici ed assistibili in 1 : 1500 ed il numero massimo di assistibili per medico convenzionato in 2000 unità. La nullità deriva in particolare dalla violazione della norma, da considerarsi imperativa, e vincolante anche per la Provincia di Bolzano, per i motivi esposti, di cui all'art. 48 co. 3 l. 833/1978, e secondo la quale: GLI ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI DI CUI AL PRIMO COMMA DEVONO PREVEDERE: / 1) IL RAPPORTO OTTIMALE MEDICO-ASSISTIBILI PER LA MEDICINA GENERALE E QUELLA PEDIATRICA DI LIBERA

SCELTA, AL FINE DI DETERMINARE IL NUMERO DEI MEDICI GENERICI E DEI PEDIATRI CHE HANNO DIRITTO DI ESSERE CONVENZIONATI IN OGNI UNITÀ SANITARIA LOCALE,FATTO SALVO IL DIRITTO DI LIBERA SCELTA DEL MEDICO PER OGNI CITTADINO [omissis]".

Per contro si ritiene che le ulteriori clausole dell'accordo provinciale che il sindacato ricorrente, ora appellato, FIMMG ancora censurerebbe, non travalichino i limiti dell'autonomia di cui la Provincia autonoma gode in particolare in virtù dei sopra riportati artt. 2 e 3 del D.P.R. 474/75.

Né esse riguardano invero, nemmeno per riflesso indiretto, "gli standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria", né si pongono in contrasto con "principi stabiliti dalle leggi dello Stato" in tema di "stato giuridico ed economico del personale addetto alle istituzioni ed enti" sanitari (limite statutario richiamato dall'art. 2 co. 3) o intaccano le competenze degli organi statali che sono fatte salve dall'art. 3.

Più in particolare, e seguendo l'ordine in cui le denunciate difformità dalle fonti nazionali sono elencate alle pp. 35 – 38 del ricorso di FIMMG e dei tre medici affiliati introduttivo del giudizio di primo grado, si osserva:

a) art. 1, comma cinque, A.C.P., nella parte in cui tale atto negoziale prevede un sistema di tacito rinnovo della medesima regolamentazione pattizia di anno in anno salvo disdetta da inoltrarsi, ad opera di una delle parti

stipulanti, a fronte dell'art. 11 dell'A.C.N. secondo cui (al contrario) "il presente Accordo ... rimane in vigore fino alla stipula del successivo": la difformità non incide su "principi stabiliti dalle leggi dello Stato", e le due previsioni contrattuali hanno comunque un ambito di applicazione non coincidente, riguardando una la durata di vigenza dell'accordo nazionale e l'altra quella del contratto provinciale; inoltre, salvo per l'espressa previsione della disdetta, presente solo in quello provinciale, entrambi gli strumenti contrattuali appaiono sovrapponibili, prevedendosi in entrambi l'ultrattività anche oltre la data di scadenza, in attesa della firma dello strumento in rinnovo;

b) *art. 1, comma otto, A.C.P., laddove viene previsto un "raccordo" ai fini stipendiali, retributivi ed economici dei Medici di Medicina Generale con il "personale sanitario medico-veterinario nel servizio sanitario provinciale inserito nella fascia funzionale A" , a fronte della ben nota natura libero-professionale del rapporto di convenzionamento esistente tra il Medico di Medicina Generale ed il S.S.N. (Cass. Sez. Un. n. 20344/2005)*: la disposizione censurata prevede soltanto, "dopo la scadenza del contratto" e "fino al suo rinnovo", un meccanismo automatico di periodico aumento del trattamento economico "con le decorrenze e secondo le misure previste nel contratto collettivo ... per il

personale sanitario medico-veterinario nel servizio sanitario provinciale inserito nella fascia funzionale A"; essa reca quindi una previsione di favore per i periodi di vacanza contrattuale, ma non assoggetta in alcun modo i medici convenzionati al regime normativo del rapporto subordinato;

c) *art. 2 A.C.P., che detta un regime delle incompatibilità relative alle funzioni di Medico di Medicina Generale in gran parte difformi rispetto a quelle di cui all'art. 17 dell'A.C.N., con particolare riferimento ai medici che ricevono un incarico a tempo pieno e/o a tempo parziale da parte del Comprensorio e/o della A.S.L., dei medici che esplichino la funzione di coordinatore di distretto, degli igienisti distrettuali di cui all'art. 13 Legge Provinciale n. 1/1992 e dei medici che svolgono la attività di emergenza sanitaria territoriale regolamentata con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2020/1991*: dato anche il rilievo comunque solo marginale delle attività ritenute non incompatibili, il diverso regime dell'ACP non appare incidere negativamente sulla garanzia anche in Alto Adige degli "standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria";

d) *art. 8 A.C.P., nella parte in cui la contrattazione a livello aziendale viene riservata ai soggetti stipulanti il medesimo accordo su base provinciale, con conseguente illegittima*

esclusione delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale di cui all'art. 8 D.Lgs. n. 502/1002, recte: 502/1992: "gli Accordi aziendali e comprensoriali" che a mente dell'art. 8 co. 8 ACP "possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo provinciale" non appaiono come tali contemplati dall'art. 8 d.lgs. 502/92, che invece si riferisce agli accordi regionali e provinciali;

e) *art. 14 A.C.P., nella parte in cui prevede un rapporto ottimale intercorrente tra Medico di Medicina Generale e popolazione residente pari ad 1/1500, o frazione di 1500 superiore a 750, a fronte di un rapporto ottimale indicato nell'A.C.N. pari a 1/1000 (estensibile in sede di contrattazione su base decentrata a 1/1300)*: la clausola appare effettivamente in contrasto con disciplina imperativa, secondo quanto già esposto;

f) *art. 18 A.C.P., laddove viene previsto un regime delle sostituzioni e dei relativi compensi in tutto e per tutto diverso rispetto a quello delineato nell'art. 37 dell'A.C.N.*: il diverso regime dell'ACP non appare comunque incidere negativamente sulla garanzia anche in Alto Adige degli "standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria";

g) *art. 20 A.C.P., nella parte in cui viene prevista una disciplina del massimale di scelte e delle relative*

limitazioni in tutto e per tutto diverso rispetto a quello delineato nell'art. 39 dell'A.C.N.: in effetti l'articolo appare parzialmente in contrasto con norma imperativa, secondo quanto già esposto;

h) *art. 23 A.C.P. nella parte in cui – nel regolamentare la materia delle revoche di ufficio – non è stato rispettato il disposto dell'art. 42 A.C.N., secondo cui nel "caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima Azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta in favore di altro medico, con decorrenza dalla data di quest'ultima"*: il diverso regime dell'ACP non appare comunque incidere negativamente sulla garanzia anche in Alto Adige degli "standards minimi previsti dalle normative nazionale e comunitaria", o porsi in altro modo in contrasto con "principi stabiliti dalle leggi dello Stato";

i) *art. 35 A.C.P., laddove è stato omesso qualsiasi riferimento alla Medicina in Associazione, al contrario esplicitamente prevista dall'A.C.N.*: vale quanto detto sub h);

j) *art. 38 A.C.P., laddove – nell'ambito del collegamento con il servizio di continuità assistenziale – è prevista la obbligatorietà della redazione delle cd. note esplicative quale compito del Medico di Medicina Generale e ciò in contrasto con la disciplina di cui all'art. 56 dell'A.C.N.*: vale quanto detto sub h);

k) *art. 42 A.C.P., nella parte in cui si prevede un trattamento economico in pejus rispetto a quello sancito nell'A.C.N., con particolare riferimento: al mancato riconoscimento di una quota per gli assistiti di età inferiore agli anni 14; all'importo previsto quale contributo per i collaboratori di studio; alla assoluta mancata previsione di qualsiasi compenso per i Medici di Medicina Generale che svolgono la loro attività secondo le forme della Medicina in Associazione; alla previsione di ulteriori emolumenti relativi alla assistenza programmata ai pazienti non ambulabili ed ai cd. progetti obiettivo demandata alla contrattazione avente come parti, solo ed esclusivamente, le Organizzazioni Sindacali stipulanti l'A.C.P. medesimo*: vale quanto detto sub h), tenuto anche conto che nel suo complesso il trattamento economico garantito dall'ACP risulta più favorevole di quello dell'ACN, v. invero la scheda di raffronto doc. 5 della Provincia autonoma (p.es. l'onorario base per paziente iscritto è di 38,62 € secondo l'ACN e secondo l'ACP invece di 66,54 € fino a 500 iscritti, 57,87 € da 501 a 1000 iscritti e 39,61 € da 1001 a 1500 iscritti, e tenuto conto, in particolare, anche di alcune quote aggiuntive che secondo il solo ACN integrano l'anzidetto onorario base, un medico di medicina generale con 1500 pazienti e anzianità di laurea compresa nella fascia 13 – 20 anni secondo l'ACP

guadagnerebbe, in media, il 10,14 % in più rispetto a quanto erogabile secondo l'ACN).

Così ravvisandosi, nell'ambito delle clausole specificamente denunciate dalla FIMMG e dai dott.ri Rubino, von Sontagh e Bossio, contrarietà a norme imperative unicamente nel caso di quelle afferenti i rapporti ottimale e, rispettivamente, massimo tra assistiti e medici, va ancora affrontato il problema di un'eventuale nullità dell'intero contratto provinciale ai sensi dell'art. 1419 c.c..

La norma recita: *"[co. 1] La nullità parziale di un contratto o la nullità di singole clausole importa la nullità dell'intero contratto, se risulta che i contraenti non lo avrebbero concluso senza quella parte del suo contenuto che è colpita dalla nullità. / [co. 2] La nullità di singole clausole non importa la nullità del contratto, quando le clausole sono sostituite di diritto da norme imperative."*

Ora, da un lato, venute meno, secondo quanto qui ritenuto, le difformi previsioni dell'ACP, tornano applicabili anche in provincia di Bolzano quelle recate dall'ACN – in quanto richiamate dalla norme imperative poste dal legislatore statale –, e quindi opera, ad esclusione della nullità dell'intero contratto provinciale, il meccanismo di cui all'appena riportato comma 2.

Dall'altro lato una nullità integrale sarebbe da escludere anche ai sensi del comma 1: quanto ai sindacati dei medici essi evidentemente avrebbero firmato il contratto comunque, in quanto esso nel suo complesso era ampiamente migliorativo,

specie sotto il profilo economico, rispetto a quello nazionale, v. invero la scheda di raffronto doc. 5 della Provincia autonoma, in particolare i dati riportati già *supra*; quanto alla Provincia autonoma (e lo stesso vale per il Sindacato costituito SNAMI) essa stessa nella presente causa invoca in via subordinata una declaratoria di nullità soltanto delle singole clausole in denegata ipotesi ritenute in contrasto con norme imperative, e quindi dimostra che il suo interesse alla stipula di tutte le ulteriori clausole convenute era indipendente da quello inerente le clausole qui ritenute nulle.

Va anche ricordato che per costante insegnamento della S.C. l'onere di provare, e a monte: di (tempestivamente) eccepire, che senza la clausola colpita dall'invalidità il contratto non sarebbe stato concluso, grava sulla parte che invochi la declaratoria della nullità integrale, nella specie quindi FIMMG e i tre medici ricorrenti, e che questi nel ricorso introduttivo dd. 12.3.2008 né avrebbero formulato l'eccezione né offerto prove atte a sostenerla.

V. p.es. C. 16017 del 13/06/2008: *Mentre l'effetto estensivo della nullità della singola clausola o del singolo patto all'intero contratto, avendo carattere eccezionale rispetto alla regola della conservazione, non può essere dichiarato d'ufficio dal giudice con la conseguenza che incombe alla parte che assuma l'estensione l'onere di provare l'interdipendenza del resto del contratto dalla clausola o dal patto inficiato da nullità, non è vero il contrario,*

poiché mentre nel primo caso il giudice che pronunci la nullità dell'intero contratto senza essere stato investito della relativa domanda viola il principio della corrispondenza fra chiesto e pronunciato, nel secondo caso egli pronuncia pur sempre nei limiti della domanda della parte, accogliendola solo parzialmente., 13561 del 26/05/2008: *Nella vendita "in blocco" di più unità immobiliari per un unico corrispettivo, l'invalidità della cessione di uno solo dei beni ceduti determina la nullità parziale del negozio ex art. 1419 cod. civ.,* ***a meno che non sia provato*** *che le parti non avrebbero concluso il contratto senza il trasferimento invalido, non potendo desumersi l'invalidità del contratto neanche dalla quantificazione unitaria del corrispettivo, da ritenersi comunque determinata o determinabile anche all'esito della complessiva entità del trasferimento immobiliare. (Nella specie, la S.C. ha riformato la sentenza di merito, ritenendo che l'esclusione di uno dei beni - un maso chiuso alienato senza la preventiva autorizzazione amministrativa - non determinasse l'invalidità dell'intero).*, 27732 del 16/12/2005: *Il principio di conservazione del negozio giuridico affetto da nullità parziale, nel sistema del cod. civ., deve ritenersi la regola, mentre l'estensione all'intero negozio degli effetti di tale nullità costituisce l'eccezione che deve essere provata dalla parte interessata e ricorre allorquando rimanga accertato che le parti non avrebbero concluso il contratto senza quella particolare clausola o quella specifica parte del suo contenuto colpite dalla nullità. (Nella*

specie, la S.C., enunciando il suddetto principio, ha confermato l'impugnata sentenza, con la quale era stato congruamente motivato, sulla scorta della previsione di cui all'art. 58 della legge n. 203 del 1982, in ordine all'avvenuto accertamento che le parti non avevano concluso il contratto di vendita di un fondo oggetto di un pregresso rapporto di affitto agrario nella consapevolezza della nullità di apposita clausola nel cui contenuto era stata compiuta la rinuncia, da parte dell'affittuario, ai diritti derivatigli per la richiesta di restituzione dei canoni pagati in misura ultra legale e per il conseguimento dell'indennizzo previsto dalla legge per i miglioramenti apportati al fondo)., 10690 del 20/05/2005, 6756 del 05/05/2003: *In tema di contratti, agli effetti della disposizione contenuta nell'art. 1419 cod. civ. sulla nullità parziale, la prova che le parti non avrebbero concluso il contratto senza quella parte affetta da nullità, con conseguente estensione della invalidità all'intero contratto, deve essere fornita dall'interessato ed è necessario al riguardo un apprezzamento in ordine alla volontà delle parti quale obiettivamente ricostruibile sulla base del concreto regolamento di interessi, rimesso al giudice del merito ed incensurabile in sede di legittimità, se adeguatamente e razionalmente motivato.*, C. 1189 del 27/01/2003: *L'estensione all'intero contratto della nullità delle singole clausole o del singolo patto, secondo la previsione dell'art. 1419 cod. civ., ha carattere eccezionale perché deroga al principio generale della conservazione del contratto e può essere*

dichiarata dal giudice solo in presenza di una eccezione della parte che vi abbia interesse perché senza quella clausola non avrebbe stipulato il contratto. Ne consegue che la relativa questione non può essere esaminata di ufficio, e, se non dedotta in appello, non è proponibile per la prima volta nel giudizio di legittimità.

Per quanto argomentato, la declaratoria di nullità può quindi essere limitata ai soli artt. 14 e 20 dell'Accordo a livello provinciale nella parte in cui fissano i rapporti ottimale e, rispettivamente, massimo tra assistiti e medici.

Analogamente hanno peraltro sentenziato, dichiarando la nullità, rispettivamente disponendo l'"annullamento" degli accordi regionali solo *in parte qua*, anche i giudici amministrativi nelle decisioni passate in rassegna *supra*.

Per completezza va ancora annotato che la Corte è pervenuta al parziale accoglimento degli appelli di SNAMI e Provincia autonoma indipendentemente dalla previsione di cui all'art. 7/bis della l. prov. n. 14/1993 e succ. modd. (che recita: *(Rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di base) / (1) La Giunta provinciale stipula con le organizzazioni sindacali provinciali dei medici di medicina generale e dei pediatri di base apposite convenzioni di durata triennale per la disciplina del rapporto per l'erogazione delle prestazioni assistenziali nella provincia di Bolzano. / (2) La Giunta provinciale è autorizzata a determinare le categorie di*

persone residenti in provincia di Bolzano iscritte al Servizio sanitario provinciale ammesse al rimborso, da parte delle aziende sanitarie di appartenenza, delle spese per le visite occasionali, nonché a determinare la misura di tale rimborso.).

Pertanto, la questione della legittimità costituzionale della medesima, sollevata dall'appellata FIMMG condizionatamente all'accoglimento dei gravami principali, non ha necessità di essere ulteriormente affrontata.

Sul piano più strettamente processuale deve invece osservarsi che la qui accolta domanda subordinata dell'appellante SNAMI, di eventualmente limitare la declaratoria di nullità alle sole clausole dell'ACP "relative al rapporto ottimale ed al numero massimale", non è domanda nuova inammissibilmente proposta, in violazione dell'art. 345 c.p.c., soltanto nella presente sede di gravame – come avrebbe eccepito FIMMG –, ma costituisce semplicemente un "*minus*" rispetto a quanto richiesto in principalità, e già nel giudizio di prime cure, ossia rispetto alla domanda di rigetto integrale della domanda di nullità.

5) Le spese

Non solo la parziale soccombenza reciproca, ma anche la particolare difficoltà e complessità della materia del contendere, appaiono giustificare la compensazione tra le parti delle spese di entrambi i gradi.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Trento, Sezione distaccata di Bolzano, definitivamente pronunciando nelle cause di appello, riunite, promosse dal Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI, Sezione provinciale di Bolzano, e dalla Provincia Autonoma di Bolzano avverso la sentenza n. 203/2010 del 28.5.2010 del Tribunale di Bolzano in funzione di Giudice del Lavoro con separati ricorsi depositati il 10 e, rispettivamente, 13.7.2010, così provvede:

in parziale riforma della sentenza gravata

dichiara

la nullità dell'Accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale dd. 11.12.2007 limitatamente ai suoi artt. 14 e 20 nelle parti in cui, in difformità dalle previsioni dell'Accordo collettivo nazionale, stabiliscono il rapporto ottimale tra medici e assistiti in 1 : 1500 e quello massimo in 1 : 2000;

compensa

tra le parti le spese di lite, per entrambi i gradi del giudizio.

Così deciso in Bolzano, addì 26 ottobre 2011

Il Consigliere estensore — Il Presidente

dott. Lukas Bonell — dott. Johann Pichler

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
DER LEITENDE KANZLEIBEAMTE
Ruth Pechlaner

DEPOSITATO IN CANCELLERIA IL 29 OTT. 2011
IN DER KANZLEI HINTERLEGT AM

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
DER LEITENDE KANZLEIBEAMTE
Ruth Pechlaner

CORTE D'APPELLO TRENTO
SEZ. DIST. DI BOLZANO
Rischiesta dall'avv. [illegible]
[illegible]
[illegible] 31/10/2011
Rilasciata il 31/10/2011
RISCOSSI € [illegible]
A MEZZO MARCHE
Per N. ..... copie autentiche pag. .....
Per N. 1 copie semplici pag. 72
Per N. ..... Certificazioni

Il Funzionario Giudiziario
Der leitende Kanzleibeamte
Ruth Pechlaner

CORTE D'APPELLO TRENTO
SEZ. DIST. DI BOLZANO
Rischiesta dall'avv. Platter
il 03/11/2011
Rilasciata il 05/11/2011
RISCOSSI € esente
A MEZZO MARCHE
Per N. ..... copie autentiche pag. .....
Per N. 1 copie semplici pag. 72
Per N. ..... Certificazioni

Il Funzionario Giudiziario
Der leitende Kanzleibeamte
Ruth Pechlaner